

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

413
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy BOTTÉ

Né le 28 Janvier 1927, à Dijon (Côte-D'or)

Présentée et soutenue publiquement le 30 mai 1958

**SUR UN CAS DE TUMEUR RETROPERITONEALE
D'ORIGINE MESENCHYMATEUSE
— HEMANGIOPERICYTOME —**

Président : M. MOREAU, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : BOTTE

Prénom : Guy

Date de soutenance : 30 mai 1958

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BOTTE (Guy) — Sur un cas de tumeur rétropéritonéale d'origine mésenchymateuse. Hémangiopéricytome. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 38 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).

BOTTE (Guy) — Sur un cas de tumeur rétropéritonéale d'origine mésenchymateuse. Hémangiopéricytome. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 38 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).

BOTTE (Guy) — Sur un cas de tumeur rétropéritonéale d'origine mésenchymateuse. Hémangiopéricytome. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 38 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).

BOTTE (Guy) — Sur un cas de tumeur rétropéritonéale d'origine mésenchymateuse. Hémangiopéricytome. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 38 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy BOTTÉ

Né le 28 Janvier 1927, à Dijon (Côte-D'or)

Présentée et soutenue publiquement le 30 mai 1958

**SUR UN CAS DE TUMEUR RETROPERITONEALE
D'ORIGINE MESENCHYMATEUSE
— HEMANGIOPERICYTOME —**

Président : M. MOREAU, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
Cliniques médicales	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	N...
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNOU (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i>
	BUSSER (F.)
	GOLYGOU (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)

MM.

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i>
	POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
	SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DERObERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> CHABAUD (A.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) <i>agr. per</i> LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie chirurgicale . .	

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LCEPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHEL (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	{ LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo-Phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)		
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	LÉGER (L.)		LEPAGE (F.)
	OLIVIER (C.)		MAYER (M.)
	PADOVANI (P.)		MERGER (R.)
	POILLEUX (F.)		RAVINA (J.)
	ROUX (M.)		
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch</i>		OFFRET (G.)
	BOUDIN (G.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	CONTE (M.)	Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551516_0064

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. MOREAU

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale
de l'Hôpital Cochin

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RUDOLF

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR WAHL

*A qui nous devons une grosse partie
de ce travail.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
vive reconnaissance.*

CHAPITRE I

Considérations générales sur les tumeurs rétropéritonéales

Les tumeurs rétropéritonéales, désignées autrefois sous les termes de tumeurs pararénales ou paranéphrétiques, font l'objet, depuis quelques années, d'études approfondies.

A la base des travaux modernes sur l'affection, on trouve le mémoire de HARTMANN et LECENE, publié en 1903 sur les tumeurs paranéphrétiques.

Par la suite, deux études font date.

D'abord le rapport de LECENE et THÉVENOT au Congrès de Chirurgie de 1919 sur les tumeurs solides et les kystes paranéphrétiques.

Puis le mémoire de R. TUBIANA et J. PATEL (1947), inspiré par le Professeur J. QUENU, sur les tumeurs primitives rétropéritonéales, ce dernier constituant l'étude la plus complète et la plus détaillée de la question.

A l'étranger, il faut surtout signaler le travail récent (1954) de L.V. ACKERMAN qui, se plaçant sur un plan anatomo-pathologique, passe en revue toutes les tumeurs rétropéritonéales et tente une classification.

Sous le nom de tumeurs paranéphrétiques, on décrivait des néoplasmes rétropéritonéaux paraissant développés aux dépens de la capsule propre du rein ou du tissu cellulo-adipeux qui l'entoure et qui présentent avec le rein des rapports intimes, mais sans envahir à proprement parler la glande elle-même.

Cette définition était restrictive et la désignation actuelle de « tumeurs rétropéritonéales » se montre à dessein plus vague afin de ne pas préjuger de leur nature ni de leur origine.

Ainsi, si les deux critères choisis pour les caractériser le premier, le siège, est reconnu par tous ; le second, la définition histologique de la vraie tumeur rétropéritonéale, reste en suspens.

Il faut ajouter un troisième critère, mais celui-là négatif, en raison de sa localisation ; la symptomatologie de toutes les tumeurs rétropéritonéales est essentiellement faite de signes d'emprunt, ce qui pose toujours en leur présence, un problème diagnostique difficile.

Le siège, c'est la situation de la tumeur dans l'espace rétropéritonéal. Cet espace est bien déterminé. Il est situé au niveau des régions lombaire et iliaque et est limité en avant par le péritoine pariétal postérieur de la cavité abdominale, en arrière par l'épaisse paroi ostéo-musculaire, en haut par la douzième côte et la douzième vertèbre dorsale, en bas par la base du sacrum et la crête iliaque et latéralement par le muscle carré des lombes.

En raison de la diversité des tumeurs observées au niveau de cet espace, dans le cadre assez large des tumeurs rétropéritonéales, les auteurs qui se sont livrés à leur étude ont été au départ dans l'obligation de faire un certain choix.

Dans leur mémoire sur les tumeurs primitives rétropéritonéales R. TUBIANA et J. PATEL classent celles-ci en trois catégories.

D'abord les tumeurs mésenchymateuses qui comprennent les tumeurs mésenchymateuses à tissus multiples de DOMINICI et les sarcomes.

Ensuite les tumeurs ectodermiques où ils individualisent les tumeurs nerveuses.

Enfin le groupe disparate des tumeurs embryonnaires.

De son côté L.V. ACKERMAN, dans son essai de classification de ces tumeurs, distingue de même : les tumeurs du

tissu mésenchymateux, du tissu nerveux et des vestiges embryonnaires. De plus, il ajoute les tumeurs de blastéma rénal et les tumeurs métastatiques malignes.

L'étude de ces classifications montre que sont d'emblée éliminées les tumeurs qui se sont développées à partir d'organes environnants normalement constitués (foie, pancréas, surrénales, intestins, appareils génital et urinaire) et les tumeurs mésentériques et épiploïques. De plus, sont naturellement exclues les métastases cancéreuses siégeant à cette place.

CHAPITRE II

Aspects cliniques des tumeurs rétropéritonéales

Après cette étude rapide du siège de ces tumeurs, de leurs différentes variétés histologiques, examinons les problèmes cliniques qu'elles posent dans leur ensemble.

Le diagnostic des tumeurs rétropéritonéales n'est jamais immédiat et les chemins qui y conduisent sont le plus souvent détournés.

Si les signes fonctionnels qui attirent l'attention sont généralement d'apparition progressive et longtemps dédaignés, il existe néanmoins des cas où la tumeur rétropéritonéale révèle sa présence par des accidents aigus qui sont en fonction de son siège et de son volume.

FRANK, dans une de ses observations, signale un lipo-myxosarcome, cause d'une fausse-couche chez une femme de trente-neuf ans.

Un fibro-sarcome, dans une observation de MANSE, entraîne un hémopéritoine et des douleurs abdominales intenses localisées dans la fosse iliaque droite.

Plusieurs cas d'occlusion intestinale ont été relevés : par HALLER, 1 cas ; BURGER et OSBORNE, 1 cas ; DONNELLY, 4 cas ; enfin, WENDEL, 1 autre cas.

Enfin, 2 cas d'urémie aiguë ont été signalés, l'un par MAC LAUGHLIN et SHARPE ; l'autre par SWEETZER.

En dehors de ces quelques cas de tumeurs rétropéritonéales à début brutal, celui-ci est le plus souvent insidieux,

se manifestant de différentes façons, par des douleurs abdominales d'intensité modérée, par une augmentation progressive de volume de l'abdomen ou de la région lombaire, ou par une apparence d'ascite qu'on ponctionne vainement. Ce sont aussi des troubles portant sur le transit digestif que LECENE signale dans 5 cas; sensation de distension de l'abdomen, troubles digestifs avec flatulence, pyrosis, anorexie et vomissements, troubles intestinaux, spécialement tendance à la constipation, quoique STEELE insiste sur les diarrhées dans les sarcomes. R. TUBIANA et J. PATEL citent un cas où les troubles digestifs sont signalés dès l'enfance.

Ce sont, plus fréquemment encore, des troubles urinaires comme dans notre observation qui sont les premiers en date.

LECENE, dans 4 cas, note de la pollakiurie, ALBARAN, au contraire, dans 1 cas, met en évidence une diminution du nombre des mictions, et CADENAT signale des douleurs à la miction. Tous ces troubles urinaires traduisent la compression et le déplacement des reins et des uretères par la tumeur rétropéritonéale qui affecte avec ces organes des rapports anatomiques étroits.

Comme autres signes d'alarme atypiques, il faut citer une fièvre d'origine inexpliquée, un œdème unilatéral ou bilatéral des membres inférieurs, une ascite, des phlébites, de la dyspnée, tous signes qu'expliquent, là aussi, des phénomènes de compression.

Ces tumeurs, de plus, figurent parmi les plus grosses qui puissent être observées. Le mésenchymome signalé par Y. BOQUIEN pèse en effet trente-trois kilogrammes.

Dès la mise en évidence, par un examen complet chez un malade, d'une masse profonde abdominale, ces divers signes s'éclairent, mais tout le problème par la suite va consister à localiser cette tumeur dans l'espace rétropéritonéal.

L'examen physique peut permettre, lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse, de constater un contact lombaire. Elle peut être perçue dans un quelconque des quatre quadrants de l'abdomen. Cette masse, qui augmente progressivement de

volume peut être, soit fixée, ne pouvant être déplacée ni latéralement, ni dans le sens de la hauteur, soit mobile avec les mouvements respiratoires, du moins au début. Le plus souvent dure et ferme, elle peut parfois donner une impression kystique, pseudo-liquidienne, comme dans le cas de mésenchymome rétropéritonéal cité par Y. BOQUIEN.

Mais tous ces signes sont encore insuffisamment explicites et beaucoup d'auteurs estiment que l'examen radiologique se présente comme le meilleur élément du diagnostic.

De nombreux auteurs se sont attachés à cette question. Citons, parmi les plus importants, les travaux de STEEP et BOGER, LEPOUTRE, JEANBRAU et TRUC, HERRICK, GUTIG et HERZOG et WYLER.

L'examen radiologique du tube digestif montre des signes indirects du plus grand intérêt, traduisant le refoulement des organes voisins.

Colon aplati, vide de gaz, mais perméable.

Colon transverse plaqué en avant dans une véritable gouttière.

Colon ascendant ou colon descendant refoulé vers la ligne médiane ou latéralement.

— Angles coliques abaissés.

— Duodénum refoulé en haut et à gauche.

— Estomac déplacé en avant.

Si l'examen radiologique du tube digestif ne donne que des signes indirects, beaucoup d'auteurs sont d'accord pour estimer que seul l'examen radiologique de l'arbre urinaire peut permettre de faire la preuve du siège rétropéritonéal de la tumeur.

Urographie intraveineuse et pyélographie rétrograde vont renseigner sur la situation de l'uretère et l'état des cavités rénales.

En tenant compte de la situation anatomique de l'uretère qui adhère au péritoine pariétal postérieur, il est intéressant de prendre en considération l'existence d'un déplacement de celui-ci quand il s'observe en avant ou sur les côtés et pour

LEPOUTRE un bon signe de tumeur extra-rénale est le déplacement en dehors de l'uretère, formant une courbe à concavité interne.

De même l'étude des cavités rénales apporte sa pierre à l'édifice du diagnostic, celles-ci pouvant être déformées, augmentées par la compression urétérale, d'où fréquence de l'hydronéphrose.

Ajoutons que l'examen de la fonction rénale peut aider au diagnostic en se révélant la plupart du temps normale à la différence des tumeurs intrarénales.

CHAPITRE III

Les tumeurs rétropéritonéales d'origine mésenchymateuse

L'espace rétropéritonéal que nous avons défini précédemment est limité et comblé par des tissus qui sont tous d'origine mésenchymateuse. Ce sont les tissus adipeux, conjonctif, musculaires lisses et striés, vasculaire et lymphatique.

A partir de ces tissus se développent des tumeurs, qui sont doublement rétropéritonéales, elles le sont par leur siège mais aussi par leur origine mésenchymateuse, tissu essentiel de l'espace rétropéritonéal.

L'hémangiopéricytome, objet de notre thèse, se classe parmi les tumeurs d'origine mésenchymateuse.

A cet effet, dans la suite de cet exposé, nous ne voudrions considérer que ces dernières, éliminant les tumeurs nerveuses et les dysembryomes nés pourtant de nerfs, de ganglions ou de débris de l'appareil génital embryonnaire situés au sein du tissu mésenchymateux comblant l'espace rétropéritonéal, mais qui ne dérivent pas du mésenchyme primitif.

Il est à remarquer, qu'en ne considérant que les tumeurs rétropéritonéales d'origine mésenchymateuse, nous retrouvons là, dans leur cadre restrictif, les tumeurs paranéphrétiques des anciens auteurs.

Les tumeurs d'origine mésenchymateuse sont parmi toutes les tumeurs rétropéritonéales les plus nombreuses.

FRANK, dans sa statistique tirée des cas relevés dans la littérature entre 1925 et 1936, en donne 69 sur 107 cas.

Sur 265 cas de tumeurs rétropéritonéales malignes relevés de 1905 à 1951 à l'Université de Colombia, 150 étaient des tumeurs mésenchymateuses.

CHAPITRE IV

Observation personnelle d'un cas de tumeur rétropéritonéale d'origine mésenchymateuse

Mlle S... Lucienne, trente ans, a été hospitalisée deux fois à trois ans d'intervalle, au Centre Hospitalier de Nevers.

Une première fois en mars 1955, elle entre dans le Service de Chirurgie générale pour des troubles urinaires à type de pollakiurie, accompagnés de vagues douleurs lombaires et de température.

L'examen cyto-bactériologique des urines est normal et la palpation des reins ne décèle rien d'atypique.

Des examens spéciaux sont pratiqués.

L'urographie intraveineuse ne montre pas de calculs, mais révèle un léger retard d'élimination à droite, où il existe une hydronéphrose modérée, surtout des calices supérieurs.

La pyélographie rétrograde vient confirmer ces résultats en signalant à droite un élargissement de tous les calices sans lésions organiques.

Sur le diagnostic d'hydronéphrose droite, la malade quitte l'hôpital.

Pendant les trois années qui suivent, la malade a une activité normale, se plaignant seulement par intermittence de douleurs abdominales d'intensité modérée et de brûlures lors des mictions.

Fin décembre 1957, son médecin traitant nous l'adresse pour des crises de dyspnée à type d'hyperpnée dont il est témoin et nous signale secondairement l'existence d'une masse abdominale.

Une fois dans le service, peut-être du fait du repos forcé, les crises de dyspnée ne se reproduisent pas et notre attention se porte alors sur la masse abdominale.

A ce niveau, la malade ne signale ni gêne, ni sensations douloureuses. Elle se plaint seulement de brûlures en urinant.

L'inspection montre un abdomen augmenté de volume et légèrement asymétrique.

La palpation donne, sur la tumeur, les renseignements suivants :

Son siège est paraombilical droit, elle se trouve à cheval sur les régions de l'hypocondre et de la fosse iliaque droits.

Elle est facilement palpable, peu mobile, ne se déplaçant pas avec les mouvements respiratoires, ferme, irrégulière, bien limitée et sensible. Son volume est approximativement celui de la tête du nouveau né.

La main lombaire ne la mobilise pas, mais par contre réveille une douleur assez vive avec légère défense au niveau de la fosse lombaire droite.

La masse est mate à la percussion.

Le toucher vaginal ne montre pas de rapport avec l'utérus ou les annexes.

Le reste de l'examen clinique de la malade est négatif, son état général est bon.

A noter :

— une tension artérielle à 12-8;

— une urée sanguine à 0,29;

— mais présence d'albumine dans les urines, dosage à 0,10 g par litre, enfin, température normale.

Devant cette masse abdominale profonde, située à droite, le simple examen clinique laisse en suspens un certain nombre de diagnostics. On hésite entre une tumeur rénale, une hydronéphrose, un kyste hydatique du foie, une tumeur ou un kyste ovariens, un cancer du colon droit, une tumeur du mésentère ou de l'épiploon.

Des examens complémentaires, essentiellement radiologiques, sont pratiqués.

Clichés des reins sans préparation et urographie intraveineuse n'ajoutent rien aux résultats des examens identiques pratiqués lors de la première hospitalisation.

Absence de calculs. Bonne élimination. Hypotonie des cavités, surtout à droite. Absence de lésions visibles. Pas de déplacements des reins et des uretères.

Comme prévu, l'hydronéphrose droite est retrouvée, mais elle ne s'est pas accentuée.

Un examen de la vésicule après préparation orale est pratiqué qui la montre normalement opacifiée.

Un lavement baryté aussi demandé met en évidence :

— Ptose marquée de l'angle colique hépatique avec cœcum sous-pubien. Colon perméable et absence sur son trajet de lésions organiques visibles.

A la lumière de la clinique, la ptose vraie est à éliminer. En fait, on est en présence d'un refoulement vers le bas de l'angle colique hépatique.

Après ces différents examens, la discussion du diagnostic différentiel élimine :

- le kyste du foie; la tumeur est irrégulière,
- un hydrocholécyste; la -cholécystographie est normale,
- le kyste ou le cancer de l'ovaire; l'angle colique hépatique est refoulé vers le bas,
- le cancer du colon droit; absence de défaut de remplissage,
- l'hydronéphrose; l'élargissement des calices droits est trop modeste.

Le cancer du rein, généralement, refoule excentriquement le cadre colique, ce qui n'est pas le cas, mais néanmoins un doute subsiste si on considère la douleur réveillée à la palpation de la fosse lombaire droite. De plus, autre signe négatif, les calices ne sont pas déformés.

En conclusion, seule semble plus probable une tumeur du mésentère ou de l'épiploon. Le diagnostic de tumeur rétropéritonéale est même envisagé.

Dans ces conditions, l'intervention est décidée et la malade est opérée le 31 janvier 1958 par le Docteur DUNCOMBE.

On pratique une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On se trouve en présence d'une masse rétropéritonéale qui soulève et refoule le duodénum en haut et à gauche et abaisse l'angle colique. On pratique un décollement duodénal. Le péritoine pariétal postérieur est ouvert, on tombe alors sur une masse de couleur jaunâtre, très friable, donnant macroscopiquement l'apparence d'un lipome très vascularisé. La dissection est très hémorragique, plusieurs gros vaisseaux de la tumeur sont lésés. On agrandit l'incision rétropéritonéale qui met à jour la loge rénale. La tumeur englobe le pôle inférieur du rein droit et l'uretère. La dissection d'avec le rein s'avère impossible car la masse tumorale fait corps avec le parenchyme rénal et l'uretère. On fait une néphrectomie qui permet de laisser la surrénale en place. Les autres organes ne constituent pas de rapports avec la tumeur, en particulier les organes et les vaisseaux rétropéritonéaux n'adhèrent pas. On fait le nettoyage de la loge rénale des éléments tumoraux détachés lors de la dissection. Pose d'un drain de Redon dans la loge rénale qui sort sous-péritonéal. On ferme le péritoine postérieur et la paroi abdominale est reconstituée en trois plans.

La tumeur prélevée a la forme d'une galette; sa surface est sillonnée par de gros vaisseaux, son volume fait à peu près trois fois celui du rein, son poids est d'environ quatre cent cinquante grammes. Sa tranche de section est rose pâle avec quelques taches hémorragiques.

Le 22 février, la malade, après des suites opératoires excellentes, quitte l'hôpital, en parfaite santé.

Nous verrons ultérieurement quel peut être le pronostic lointain eu égard au caractère de malignité de la tumeur.

CHAPITRE V

Etude anatomo-pathologique de la tumeur

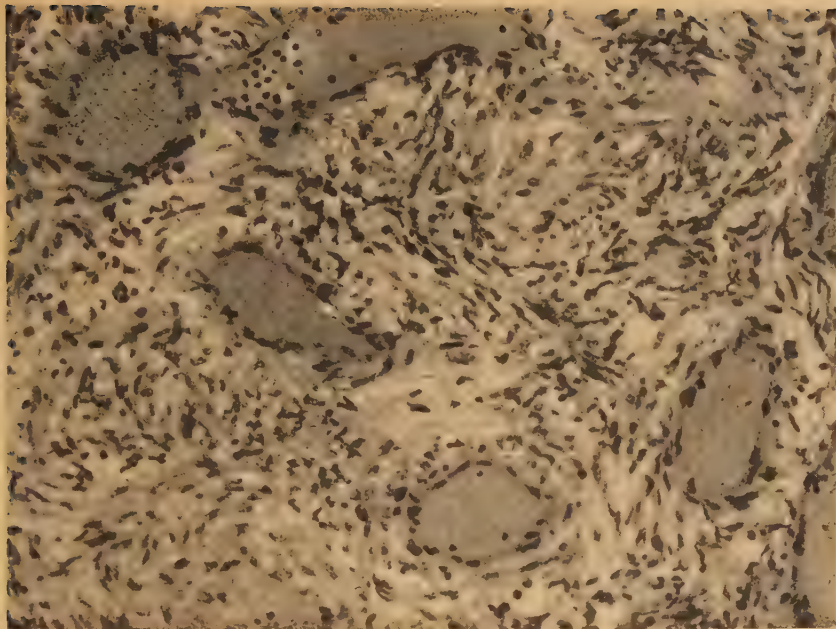
Plusieurs fragments de la tumeur ont été prélevés dans des zones différentes. Examinés, ils présentent tous un aspect identique ; ce fait a son importance en démontrant une seule variété de tissu.

L'aspect microscopique de la tumeur est caractérisé par deux éléments, *figures I et II*.

D'une part, des vaisseaux qui n'ont rien de commun avec les lacunes vasculaires des sarcomes, creusées à même la prolifération tumorale ; ici chaque capillaire possède sa paroi endothéliale bien distincte.

D'autre part, une prolifération cellulaire remplit tout l'espace laissé libre entre les capillaires. Ces cellules ont des formes variables : tantôt fusiformes ; tantôt polygonales, vaguement épithélioïdes, avec tous les intermédiaires entre ces deux formes extrêmes. Dans les formes globuleuses, le cytoplasme est clair, souvent d'aspect vacuolaire. Le noyau est petit, allongé ou arrondi, suivant la forme cellulaire, parfois encore celle-ci est un peu irrégulière, mais sans véritables monstruosité, ni mitoses visibles. On peut remarquer une tendance des éléments fusiformes à se grouper en traînées circulaires autour des vaisseaux.

Ces cellules s'apparentent par leur aspect, tantôt à des éléments conjonctifs, tantôt à des fibres musculaires lisses. Suivant la conception de A.P. STOUT que nous allons exposer, ces cellules sont interprétées comme des péricytes tumorales et la tumeur, avec son aspect mixte d'angiome et de fibrome, comme un hémangiopéricytome de siège rétropéritonéal.



Microphotographie I (gross. $\times 240$)

Capillaires, comblés d'hématies avec paroi endothéliale bien distincte.

Entre les capillaires, prolifération cellulaire tumorale. Cellules de formes variées où dominent les cellules fusiformes avec tendance à se grouper en traînées périvasculaires.



Microphotographie II (gross. $\times 400$)

(Détails de la figure I)

Quelques noyaux de formes irrégulières mais sans véritables monstruosités, ni mitoses visibles.

CHAPITRE VI

L'hémangiopéricytome

Cette forme tumorale, assez rare, a été isolée par A.P. STOUT et M.R. MURRAY en 1942. Elle est actuellement bien admise et P. MASSON lui consacre un chapitre dans son ouvrage sur les *Tumeurs Humaines*.

A cette époque, A.P. STOUT et M.R. MURRAY étudiaient un certain nombre de tumeurs vasculaires, caractérisées par une prolifération de capillaires, chacun entouré par une membrane de tissu conjonctif mince ou épaisse en dehors de laquelle se trouvaient les cellules tumorales, cellules d'aspect très variable, fusiformes ou arrondies, à orientation périvasculaire nette.

Différente des hémangio-endothéliomes par l'aspect normal de l'endothélium et la situation en dehors de la paroi vasculaire intacte des cellules tumorales, la structure de ces tumeurs vasculaires offrait, par contre, de grandes analogies avec celle des tumeurs glomiques, abstraction faite naturellement de la grande richesse en fibres nerveuses et de la symptomatologie douloureuse de ces dernières.

Or, M.R. MURRAY venait de démontrer, utilisant la méthode de la culture des tissus, que les cellules caractéristiques de la tumeur glomique, appelées « épithélioïdes » par P. MASSON, pouvaient être considérées comme dérivées des péricytes de ZIMMERMANN.

Les péricytes sont des cellules ramifiées, aux prolongements allongés, appliquées contre la paroi extérieure des capillaires, cellules sans myofibrilles, mais douées de pouvoir contractile et apparentées pour ces raisons aux cellules musculaires lisses.

A.P. STOUT et M.R. MURRAY pensèrent que ces cellules fusiformes ou arrondies, pouvaient aussi dériver des péricytes de ZIMMERMANN et dénommèrent « hémangiopéricytomes » ces tumeurs vasculaires particulières que certains alors interprétaient simplement comme des fibro-sarcomes vasculaires.

Du point de vue histologique, en suivant la description de P. MASSON, deux éléments distincts constituent ces tumeurs.

Le premier de ces éléments consiste en leur extrême richesse en capillaires à endothélium d'aspect normal donnant une apparence angiomateuse des plus nettes. La plupart de ces capillaires sont perméables et contiennent du sang.

Le deuxième est caractérisé par l'existence de ces cellules multiformes qui n'ont pas l'aspect d'éléments conjonctifs ordinaires. Certaines de ces cellules sont globuleuses, épithéloïdes à cytoplasme clair et ressemblent aux cellules glomiques, d'autres, allongées, brièvement fusiformes, possèdent des caractères musculaires, et d'autres enfin présentent des caractères intermédiaires.

Macroscopiquement, ces tumeurs sont en général bien limitées, ovoïdes et comme encapsulées, leur tranche est rose pâle homogène, parfois tachée de foyers hémorragiques, enfin leur consistance est molle.

CHAPITRE VII

L'hémangiopéricytome rétropéritonéal

Le siège de l'hémangiopéricytome est très varié, cutané le plus souvent, plus rarement en tissu plus profond, le tissu conjonctif d'une pièce squelettique ou même le grand épiploon.

Si l'hémangiopéricytome est, par lui-même, une forme tumorale qui n'est pas des plus communes, sa localisation rétropéritonéale, elle, est peu fréquente quoique non exceptionnelle.

Dans la statistique fournie par l'Université de Colombia, sur les 150 cas cités de tumeurs mésenchymateuses rétropéritonéales, 18 sont des hémangiopéricytomes.

De son côté, A.P. STOUT, dans son étude qui porte sur 25 cas d'hémangiopéricytomes de localisations diverses, en relève deux qui sont rétropéritonéaux.

Le premier de ces cas concerne un homme de soixante-huit ans qui présente une douleur au niveau du quadrant inférieur droit avec augmentation progressive de l'abdomen et constipation. La radiographie simple met en évidence une masse abdominale avec des calcifications, au niveau de la douzième côte et à droite de la colonne vertébrale. A l'intervention, on tombe sur une masse apparemment encapsulée, pesant 1.200 grammes, située entre le rein droit et la capsule surrénale, masse qui fut enlevée. Son apparence est celluleuse avec des zones d'hémorragie, de nécrose et de calcification. Dix mois après, récidive avec existence d'une masse épigastrique palpable et d'un noyau métastatique dans le poumon droit. On n'entreprend pas de traitement et le malade meurt quinze mois après l'opération.

Le deuxième malade est un enfant de onze ans, chez qui, à la suite d'un examen systématique, on met en évidence une masse située dans le quadrant inférieur gauche. Elle paraît ferme, fixe, et peut être palpée à travers le rectum. On entreprend une laparatomie exploratrice qui révèle une tumeur rétropéritonéale, importante, très vascularisée, qui occupe toute la fosse iliaque gauche, dépassant la ligne médiane, atteignant en haut l'ombilic et repoussant à droite, vessie, uretère gauche et colon sigmoïde. Les vaisseaux iliaques gauches sont inclus dans la tumeur.

On pratique une biopsie qui provoque une hémorragie importante et on laisse la tumeur en place.

Cette tumeur fut soumise à plusieurs radiothérapies. Si au début elle diminue de volume, mais sans disparaître, au bout de quelques années, de nouveau elle va s'accroître, devenir douloureuse et provoquer des phénomènes de compression, retentissant sur la jambe gauche. De plus, elle s'accompagne de métastases évidentes dans le crâne et au niveau du fémur gauche avec alors fracture pathologique.

La mort survient neuf ans et onze mois après la biopsie.

CHAPITRE VIII

Pronostic des hémangiopéricytomes

Quel est le pronostic des hémangiopéricytomes? A cette question, il n'y a pas de réponse, car si ces tumeurs n'ont pas de caractères anatomiques évidents de malignité comme dans notre cas, elles évoluent souvent comme des tumeurs malignes.

Cette potentialité maligne de l'hémangiopéricytome est un des caractères qui le séparent de la tumeur glomique, chez qui on ne connaît aucun cas d'évolution maligne.

La plupart des hémangiopéricytomes de sièges divers décrits par A.P. STOUT sont bénins et leur extirpation non suivie de récurrence, ce qui n'empêche pas que d'autres, au contraire, récidivent, parfois même à plusieurs reprises, ou se généralisent ou bien donnent des métastases.

L.V. ACKERMAN relève, dans la littérature, 32 cas d'hémangiopéricytomes malins et de localisation très diverse. Aux membres inférieurs, 10 cas; aux membres supérieurs, 5 cas; au niveau du cou et du thorax, 3 cas; de situation rétro-péritonéale, mésentrique ou épiploïque, 8 cas; enfin, médiastin, orbite, langue, foie, utérus et méninges, respectivement 1 cas.

Quant à notre malade, on ne peut présumer de son avenir. Le recul de temps est insuffisant pour mettre en évidence une récurrence.

CHAPITRE IX

Place de l'hémangiopéricytome dans le cadre des tumeurs mésenchymateuses

Tumeurs à tissu unique

Tumeurs à tissus multiples

Les tumeurs d'origine mésenchymateuse présentent de très nombreuses variétés en raison de la multiplicité des formes tissulaires dérivées du mésenchyme.

En effet, du point de vue embryologique, comme l'écrit P. MASSON, les cellules mésenchymateuses issues de toutes les portions du mésoblaste, vont très rapidement manifester des potentiels évolutifs variés et trois lignées fondamentales s'ébauchent qui sont les lignées, conjonctives, angio-endothéliale et hémopoïétique.

De la lignée conjonctive dérivent, outre les diverses variétés de tissu conjonctif, les tissus adipeux, cartilagineux, osseux, synoviaux, musculaires lisses et striés.

A la lignée angio-endothéliale appartiennent les revêtements internes des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Quant à la dernière lignée, elle ne trouve pas ici sa place.

Ainsi, se trouve cernée la classification de A.V. HEKERMANN que nous reprendrons plus tard, qui distingue, parmi les tumeurs d'origine mésenchymateuse, les tumeurs des tissus adipeux et conjonctifs, des muscles lisses et striés, des vaisseaux sanguins et des vaisseaux lymphatiques.

L'hémangiopéricytome qui entre dans ce cadre est une tumeur des vaisseaux sanguins, de même que les hémangiomes et les angio-sarcomes.

A l'examen, ces tumeurs présentent soit un seul tissu, soit plusieurs tissus d'origine mésenchymateuse.

Dans le mémoire de R. TUBIANA et J. PATEL, nous lisons : « Les proliférations existent parfois à l'état pur, mais elles sont le plus souvent associées, réalisant les tumeurs mésenchymateuses à tissus multiples de DOMINICI. »

D'où une distinction entre formes pures et formes mixtes.

Dans la statistique de LIEBERMANN VON MAHLENDORF, concernant 153 examens histologiques, on a 70 lipomes purs et 83 formes mixtes, ces dernières se répartissant en :

- 31 fibro-lipomes,
- 16 mixo-lipomes,
- 15 fibro-mixo-lipomes,
- 21 dégénérescences sarcomateuses.

LECENE, de son côté, compte 19 lipomes, 11 fibromes, 1 léiomyome et 25 formes mixtes.

Enfin, LAATEEMAKI évalue aux deux tiers des cas les formes mixtes.

Et encore, la plupart des auteurs semblent désigner sous le terme de lipome, des tumeurs mésenchymateuses à tissus multiples, mais à prédominance adipeuse.

Ces constatations ont trouvé leur écho dans une communication « sur un cas de mésenchymome rétropéritonéal » faite à la Société de Gastro-Entérologie par Y. BOQUIEN et ses collaborateurs.

Le mésenchymome désigne la tumeur où coexistent plusieurs tissus dérivés du tissu conjonctif matriciel et associés en proportions variables.

En effet, dans l'aire occupée par les dérivés mésenchymateux spécialisés, persistent normalement des éléments indifférenciés ou peu différenciés dont le potentiel évolutif multiple est comparable à celui des éléments qui constituent le mésenchyme réticulé primitif.

Aux deux opposés, on a le myxome pur, tumeur ayant les caractères du tissu mésenchymateux primitif, indifférencié et le mésenchymome cocktail de tissus, chez qui les cellules mésenchymateuses ont subi parallèlement plusieurs différenciations conformes au potentiel évolutif du mésenchyme.

Le mésenchymome fait la relève de ce que DOMINICI désignait sous le terme de « tumeur mésenchymateuse à tissus multiples ».

Ce terme de mésenchymome garde néanmoins un sens général qui ne préjuge pas de la nature exacte des tissus constitutifs. Pour être précis, ces derniers peuvent être énumérés comme dans l'exemple cité par Y. BOQUIEN.

Le cas présenté étant un réticulo-fibro mixo-angio-sarcome.

La tradition française a tendance à considérer le mésenchymome comme très fréquent, un examen approfondi, des coupes nombreuses et variées de la pièce opératoire, faisant apparaître généralement des tissus divers.

Par contre, les statistiques américaines font une place importante aux formes pures où un seul tissu existe. L'hémangiopéricytome entrant dans cette catégorie.

Sur les 150 cas de tumeurs mésenchymateuses de l'Université de Colombia, on relève, en effet :

- 4 fibro-sarcomes,
- 35 liposarcomes,
- 51 lymphosarcomes,
- 29 léiomyosarcomes,
- 18 hémangiopéricytomes,
- 5 rhabdomyosarcomes,
- 3 myxomes.

Mais seulement 5 mésenchymomes.

CHAPITRE X

Classification des tumeurs rétropéritonéales d'origine mésenchymateuse

Multiplicité des formes tissulaires dérivées du mésenchyme, tumeurs à tissu unique, tumeurs à tissus multiples, de ces trois considérations on peut tirer les éléments d'une classification des tumeurs rétro-péritonéales d'origine mésenchymateuse.

Celle que nous allons donner s'inspire assez étroitement de la classification ébauchée par A.V. ACKERMAN, la seule différence résidant dans l'introduction par nous des mésenchymomes.

A. — TUMEURS DU MÉSENCHYME PRIMITIF

- | | |
|----------|----------------|
| — Bénins | — Myxomes |
| — Malins | — Myxosarcomes |

B. — TUMEURS MÉSENCHYMATEUSES A TISSU UNIQUE

a) *Tumeurs du tissu adipeux*

- | | |
|----------|----------------|
| — Bénins | — Lipomes |
| — Malins | — Liposarcomes |

b) *Tumeurs des muscles lisses*

- | | |
|----------|------------------------------|
| — Bénins | — Léiomyomes |
| — Malins | — Sarcomes léiomyoblastiques |

c) *Tumeurs du tissu conjonctif*

- Bénins — Fibromes
- Malins — Sarcomes fibroplastiques

d) *Tumeurs des muscles striés*

- Bénins — Rhabdomyomes
- Malins — Sarcomes rhabdopoïétiques

e) *Tumeurs des vaisseaux lymphatiques*

- Bénins — Lymphangiomes
- Malins — Lymphangiosarcomes

f) *Tumeurs des vaisseaux sanguins*

- Hemangiomes et angiosarcomes
- Bénins et malins — Hemangiopéricytomes

C. — TUMEURS MÉSENCHYMATEUSES A TISSUS MULTIPLES

- Malins — Mésenchymomes

Conclusions

I. — Notre malade confirme, au point de vue clinique, la symptomatologique d'emprunt des tumeurs rétropéritonéales avec grande fréquence de retentissement sur le rein.

II. — La tumeur rétropéritonéale est, dans les deux tiers des cas, une tumeur d'origine mésenchymateuse.

III. — L'examen histologique de la tumeur a permis d'identifier un type peu admis encore en France : un hémangiopéricytome. A l'encontre de la plupart des tumeurs mésenchymateuses qui sont mixtes, l'hémangiopéricytome semble être une tumeur à tissu unique, une tumeur des vaisseaux sanguins. Deux éléments distincts constituent cette tumeur : des capillaires en prolifération et des cellules de formes variées. Certaines de ces cellules ont l'aspect des cellules glomiques, d'autres, par contre, ont des caractères musculaires ; de plus, nombre de cellules présentent des caractères intermédiaires. A.P. STOUT et M.R. MURRAY considèrent ces cellules comme des péricytes de ZIMMERMANN plus ou moins atypiques.

IV. — L'hémangiopéricytome est une tumeur d'origine mésenchymateuse, peu fréquente au niveau de l'espace rétropéritonéal, mais qui, cependant, à ce titre trouve sa place dans la classification des tumeurs mésenchymateuses rétropéritonéales, classification inspirée par A.V. ACKERMAN.

Vu, le Doyen :

BINET

Vu, le Président de Thèse :

MOREAU

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- ACKERMAN (L.V.). — Tumors of the retroperitoneum. (*Mesentery and Peritoneum*, 24 fév. 1954, 7-35.)
- ALBARAN (J.). — Tumeur polykystique périnéale développée aux dépens du corps de Wolff. (*Bull. et Méd. Soc. de Chir. de Paris*, 1903, n. s., XXIX, 117-121.)
- BOQUIEN (Y.), KERNEIS (J.P.), HURUQUET (D.), LE FORESTIER, HERBOUILLER et LENNE. — Un cas de mésenchymome rétropéritonéal. (*Arch. Mal. App. Digestif*, T. 46, n° 10, 971-983.)
- BURGER and OSBORNE (C.J.). — Four cases of retroperitoneal tumors. (*S. Clm. North America II*, octobre 1931, 943-952.)
- CADENAT. — (*Bull. et Mém. Acad. Chir.*, 1941, 67, 329.)
- DONNELLY (B.A.). — Primary retroperitoneal tumors : report of 95 cases and review of literature. (*Surg. Gynec. Obst.*, déc. 1946, 83, 705-717.)
- FRANK (B.T.). — Primary retroperitoneal tumors : report of 3 cases and 107 cases from literature. (*Surgery*, oct. 1938, 4, 562-586.)
- GUTIG (K.) and HERZOG. — Zur Diagnostik der renalen und pararenalen geschwülste. (*Ztschr. f. Urol.*, 1937, 31, 619-622.)
- HARTMANN et LECENE. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique. (1^{re} série, 1903, p. 45.)
- HALLER (M.). — Tumeur paranéphrétique, occlusion intestinale, signe révélateur. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, séance du 23 avril 1926.)
- HERRICK (E.C.). — Pyelography in the diagnosis of tumors of the flank. (*Ann. Surg. Phila.*, 1926, LXXXIII, 634-650.)
- JEANBRAU et TRUC (E.). — Le diagnostic des kystes périnéphrétiques par la pyélographie. (*Arch. Soc. d. Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, juillet 1933, 14, 377-381.)

- LAATEEMAKI. — (*Acta Path. Microb. Scand.*, 1945, 61, 82.)
- LECENE (P.). — Les tumeurs solides paranéphrétiques. (*Rapport au XXVIII^e Congrès Français de Chirurgie*, 1919.)
- LEPOUTRE. — (*Journ. Méd. de Lille*, 1939, 31, 93.)
- LIEBERMAN von WAHLENDORF (A.). — Ueber retroperitoneale lipome. (*Arch. f. Klin. Chir. Berl.*, 1921, CXV, 751-768.)
- MAC LAUGHLIN and SHARPE (J.C.). — Malignant fatty tumors of retroperitoneal region : report of 2 cases. (*Am. J. Surg.*, sept. 1938, 41, 512-518.)
- MANSE (R.). — Contribution à l'étude des tumeurs solides paranéphrétiques. (*Thèse de Médecine, Alger*, 1937, n° 25.)
- MASSON (P.). — Tumeurs humaines. (Librairie Maloine, 1956.)
- STEELE (J.D.). — A critical summary of the literature on retroperitoneal sarcoma. (*Am. J. M. Sc. Phila.*, 1900, CXIX, 311-326.)
- STELP und BOGER (A.). — Beitrag zur kenntnis einiger Seltenerer Bauchtumosen unter besonderer Berücksichtigung der retroperitonealen sarkome. (*München Med. Wehnschr.*, 1 sept. 1933, 80, 1.362-1.366.)
- STOUT (A.P.). — Hemangioendothelioma. A tumor of blood vessels featuring vascular endothelial cells. (*Ann. Surg.*, 1943, 118, 445-464.)
- STOUT (A.P.). — Hemangiopericytoma. Study of twenty five new cases. (*Cancer*, 1949, 2, 1.027-1.054.)
- SWEETZER (T.H.). — Retroperitoneal tumors influencing kidneys and ureters. (*J. Urol.*, may 1942, 47, 619-621.)
- TUBIANA (R.) et PATEL (J.). — Les tumeurs primitives rétropéritonéales. (*Ann. d'Anat. Path.*, 1947, 17, 329-389.)
- WENDEL (W.). — Ueber das Sympathoblastom. (*Zentralbl. F. Chir.*, 4 janv. 1936, 63, 8-11.)
- WYLER (J.). — Das ureteropyelogramm bei extrarenalen retroperitonealen tumoren n Beitz. (*Z. Klin. Chir.*, 1938, 167, 49-70.)

